

HUG: Hôpital cantonal de Genève

mardi 21 février 2023

Nouveautés en cardiologie 2022

Dr Baris Gencer et Dr Nils Perrin

L'objectif est de résumer les dernières études et nouveautés en 2022.

- [PACMAN-AMI](#): effet de l'alirocumab sur la plaque d'athérosclérose chez les patients avec un infarctus du myocarde

Étude la plus lue en 2022. L'objectif est de déterminer l'effet de l'alirocumab (iPCSK9) lorsqu'il est introduit précocement après un infarctus du myocarde (durant l'hospitalisation).

Les 300 patients sont répartis en 2 groupes: statines + alirocumab, ou statines + placebo.

Le résultat est positif, l'alirocumab diminue le taux de cholestérol et la taille de la plaque. Il n'y a cependant pas de comparaison entre une introduction précoce et une introduction en ambulatoire.

- [FOURIER-OLE](#): extension en open label de l'étude [FOURIER](#), issues cliniques cardiovasculaires lors d'abaissement du LDL par evolocumab.

L'étude initiale montre une amélioration significative des issues cliniques après 12 mois de traitement, comparé au placebo. Le suivi de 2 ans est trop court, raison pour l'extension.

Dans l'extension, les patients placebo passent dans le groupe evolocumab. On observe après 5 ans en tout, que les patients qui ont commencé le traitement dès le début ont eu moins d'évènements CV que les autres.

Les effets secondaires restent similaires entre les deux groupes. En prévention secondaire, l'amélioration des issues cliniques s'accroît plus le traitement dure...

- [OCEAN\(a\)-DOSE](#): potentiel d'un petit ARN interférent pour baisser le taux de lipoprotéine a. Etude de phase 2, phase 3 en cours.

L'Olpasiran agit sur le foie pour diminuer l'expression de la lipoprotéine a (Lp(a)), qui a longtemps été pensée comme un facteur causal de maladie cardiovasculaire..

L'étude teste 4 dosages contre un placebo sur 281 patients atteints de maladie athérosclérotique.

La Lp(a) devient presque indosable avec ce traitement. Il reste à voir si cela a un impact clinique et si Lp(a) est véritablement un facteur causal de la maladie cardiovasculaire.

- [CTT](#): méta-analyse sur l'effet des statines sur les symptômes musculaires

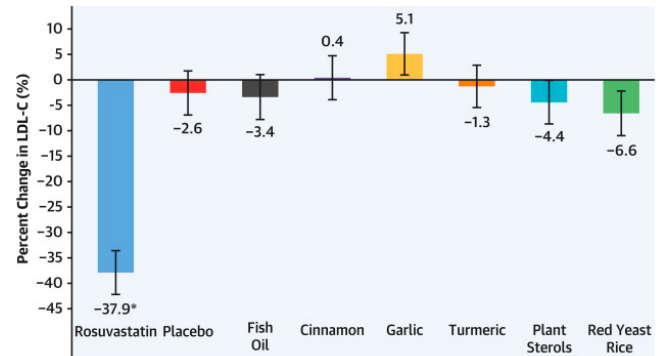
CTT est un groupe de Oxford s'intéresse beaucoup aux statines, c'est leur première publication sur les douleurs musculaires. n= ~124 000 patients au total.

Les statines causent un peu plus de douleurs musculaires (3% de plus), d'intensité moyenne. Cependant, >90% des douleurs ne sont pas causées par les statines, car également présentes dans le groupe placebo.

- [SPORT](#): Statines vs suppléments alimentaires vs placebo pour l'effet sur le cholestérol

En prévention primaire, l'effet des statines est moindre. C'est dans ce contexte que rosuvastatin est comparé à des suppléments alimentaires.

Comparé aux statines, la petite chute de LDL-c produite par certains suppléments n'est pas suffisante pour s'attendre à un bénéfice sur les issues cardiovasculaires.



- [PROMINENT](#): étude négative sur les fibrates pour baisser le taux de triglycérides

Le pemafibrate est comparé au placebo chez des patients diabétiques avec trop de triglycérides, et le résultat confirme que les fibrates ont peu de place dans la prévention cardiovasculaire.

- [SECURE](#): Stratégie de polypill dans la prévention cardiovasculaire secondaire

Souvent, le nombre de pilules à prendre après un infarctus contrarie l'adhésion des patients.

Une polypill d'aspirine, ramipril et atorvastatine est donnée dans les 6 mois après un infarctus du myocarde. A 3 ans, les issues cardiovasculaires majeures sont retrouvées chez 9.5% des patients sous polypill vs 12.7% des patients avec un traitement standard.

...c'est bien, mais empêche la personnalisation des traitements, le retrait de l'aspirine pour une intervention par exemple. Intéressant là où l'accès aux soins est moins bon.

- [DANCAVAS](#): Étude danoise sur une stratégie de dépistage et d'intervention plus ciblée pour prévenir les maladies cardiovasculaires.

Elle compare la mortalité après un dépistage invasif (CT sans contraste, pression cheville-bras, biomarqueurs du cholestérol et du diabète) vs la pratique usuelle sans dépistage, chez des hommes âgés de 65 à 74 ans.

A 5.6 ans, la prescription d' hypolipémiants et d'antithrombotiques est augmentée de 10-15% dans le premier groupe par rapport au second.

La mortalité toute cause est de 12.6% avec dépistage et de 13.1% sans. L'analyse de sous-groupe par âge montre que cela ne change rien ≥ 70 ans (examens sont plus fréquents en pratique usuelle?) mais qu'il y a une diminution de 11% de mortalité entre 65 et 69 ans.

- [DELIVER](#): Méta-analyse sur les iSGLT2 lors d'insuffisance cardiaque

Elle inclut les fractions d'éjections préservées ou légèrement diminuées. Elle confirme l'effet des médicaments sur la mortalité et les hospitalisations cardiovasculaires pour l'ensemble du spectre de fractions d'éjections.

- [STRONG HF](#): Étude multinationale randomisée qui met au centre le suivi post-hospitalisation pour insuffisance cardiaque.

La titration des traitements est parfois lente, et le suivi de certains patients est perdu.

L'étude propose un suivi intensif sur 2 mois, avec une titration rapide des traitements dans les 2 semaines, puis 4 visites en 3 mois guidées par le ntproBNP.

Le critère composite primaire (mortalité toute cause + hospitalisation) passe de 23% dans le groupe standard à 15% dans le groupe intensif, avec un NNT de 12 à 6 mois.

Aucun patient n'est sous iSGLT2. Les effets secondaires graves sont similaires, augmentation des effets indésirables: HyperK, IRA, hypotensions.

- [ADVOR](#): Acetazolamide dans l'insuffisance cardiaque aiguë avec surcharge volémique

Acetazolamide est une molécule connue utilisée dans le glaucome et la maladie des hauteurs. Elle inhibe la réabsorption de bicarbonate.

Lorsqu'elle est instaurée durant l'hospitalisation, elle permet d'atteindre l'euvolémie plus rapidement: n= 520, 1:1, 42.2% vs 30.5% d'euvolémie ≤ 3j après la randomisation.

Pas d'effet sur la mortalité toute cause ni sur les ré-hospitalisation pour IC, à 3 mois.

- [INIVICTUS](#) compare rivaroxaban aux anti vitamine K pour le traitement des FA valvulaires lors de maladie rhumatismale.

RCT de non-infériorité qui se concentre sur l'Amérique du sud, l'Asie et l'Afrique.

72% de femmes, âge moyen 50 ans, maladie rhumatismale, FA et sténose mitrale.

Elle montre le rivaroxaban comme étant inférieur aux anti-vitamines K.

Une hypothèse est pharmacologique et liée à la taille des oreillettes augmentée lors de sténose mitrale...l'autre se tourne vers un suivi plus rapproché du dosage sous AVK, permettant potentiellement un meilleur suivi et dépistage des patients.

- [REVIVED-BCIS2](#): revascularisation percutanée (PCI) pour dysfonction ventriculaire gauche d'origine ischémique.

En 2011, l'étude STICH ne montrait pas de différence entre traitement médicamenteux et chirurgical à 2 ans, lié principalement à une sur-mortalité péri-opératoire.

Dans le suivi à 10 ans cependant, la revascularisation chirurgicale l'emporte pour la mortalité.

REVIVED ravive le débat..sur les patients avec une fraction d'éjection $\leq 35\%$ et maladie coronarienne extensive.

Tous les patients reçoivent une étude de viabilité myocardique avant d'être randomisés entre PCI+médicaments pour insuffisance cardiaque et médicaments seuls, 347:353.

Presque 90% d'hommes, 40% de diabète, peu d'atteinte de 3 vaisseaux. Lors du suivi moyen à 3.4 ans, 99% des patients sont toujours suivis.

La PCI ne montre pas d'amélioration des décès toute cause + ré-hospitalisations, ni dans les issues secondaires; évènements cardiovasculaires, fonction cardiaque, qualité de vie...

A noter toutefois que 38% des patients font un événement, dont la majorité cause leur décès.

- [POST-PCI](#): Compare la recherche systématique d'ischémie myocardique à 12 mois, à la pratique usuelle, chez des patients à haut risque après une PCI.

Issue primaire composite: décès, infarctus, hospitalisation pour angine instable, à 2 ans. Les patients sont à haut risque anatomique (lésions complexes..) ou cliniques (diabète..)

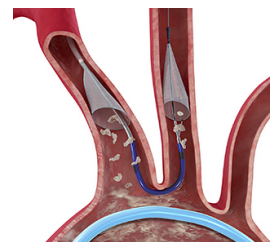
8% des patients dans le groupe standard ont quand même fait une recherche d'ischémie.

A 24 mois, pas de différence significative pour l'issue primaire, avec un taux d'évènements plutôt bas. Il y a cependant une augmentation de coronarographies et de revascularisations dans le groupe à recherche systématique.

L'analyse de sous-groupes, alors qu'il y a 70% d'atteintes pluritronculaires, ne montre pas non plus de bénéfice à une recherche systématique.

- [PROTECT-TAVR](#): mise en place d'un filet de protection des vaisseaux précérébraux est-il un bénéfice lorsque l'on pose un TAVI ?

L'AVC reste la complication la plus redoutée après le remplacement de valve aortique par cathéter. Il est généralement periprocéduel et augmente significativement la mortalité à 30j.



L'étude inclut 3000 patients répartis 1:1 entre TAVI et TAVI + filet de protection placé au niveau de l'a.cérébrale droite et du tronc brachio-céphalique.

A 72h, il n'y a pas de différence d'AVC toute cause dans les deux groupes, cependant, il y a une diminution des AVC invalidants, passant de 1.3% à 0.5%. C'est donc recommandé pour tout TAVI. Une étude plus grande prendra les coûts en considération.

- [PREDICT-LAA](#): L'utilisation d'une simulation virtuelle par IA permet d'améliorer l'efficacité et la sécurité d'une procédure, ici de fermeture d'appendice auriculaire.

Le programme utilise une reconstruction 3D basée sur un CT, avant de faire une simulation pour choisir le meilleur type de dispositif, sa taille et sa position.

200 patients sont répartis 1:1, avec un CT à 3 mois pour confirmer la fermeture.

Pas de différence pour l'issue primaire (fuite de haut grade, thrombose liée au dispositif), cependant, il y a plus de fermeture complète et moins de déplacements du dispositif lorsqu'il y a eu simulation.

Il y a aussi: moins de dispositifs testés(-15%), moins de repositionnements (- 50%) et moins de radiations et moins d'utilisation de produit de contraste (-25%), durant la phase opératoire.



Compte-rendu de Valentine Borcic

valentine.borcic@gmail.com

Transmis par le laboratoire MGD

colloque@labomgd.ch